



Quand adresser au chirurgien un patient arthrosique ?

Jérémie Sellam, Francis Berenbaum *

Nous nous restreindrons volontairement à la hanche et au genou.

Arthrose « terminale »

L'indication est posée en fonction de l'intensité de la gêne fonctionnelle et/ou douloureuse du patient. Ce sont les symptômes et non pas l'état de l'articulation sur la radiographie ou l'imagerie par résonance magnétique (IRM) qui posent l'indication : le chirurgien n'opère pas des images ! Aussi faut-il s'assurer que le traitement médical a été conduit de manière optimale. En pratique, il n'y a donc pas de critères fermes cliniques, biologiques ou radiologiques permettant de poser l'indication de l'arthroplastie. Il faut évaluer la gêne occasionnée dans la vie quotidienne du patient (pour les transports, tâches ménagères, activités de loisir...), en s'aidant de l'indice de Lequesne (v. tableau) à titre indicatif.¹ La durée de vie des prothèses de hanche est de 15 à 20 ans, ce qui explique la volonté de retarder leur pose chez les

sujets jeunes (avant 60 ans). En effet, cette situation expose au risque d'usure nécessitant la pose d'une seconde prothèse, qui constitue une intervention chirurgicale plus difficile que la première, notamment pour la prothèse totale du genou.

Arthrose « débutante » sur une articulation déformée ou dysplasique

En cas d'arthrose débutante symptomatique sur une hanche dysplasique ou sur un genou ayant un défaut d'alignement (*genu varum* ou *genu valgum*), des traitements chirurgicaux conservateurs peuvent se discuter. En présence d'une hanche dysplasique (essentiellement dans la forme subluxante avec défaut de couverture du toit du cotyle) chez un sujet de moins de 50 ans, on discute la réalisation d'une butée cotyloïdienne ou ostéotomie. En effet, étant donné la durée de vie limitée des prothèses, il est préférable de retarder leur pose chez les sujets jeunes. Cela implique que la chirurgie préventive ne peut être envisagée qu'en cas d'atteinte modérée nécessitant d'opérer suffisamment précocement. Ce type d'intervention se discute en fait rarement et est

affaire de spécialistes (chirurgiens rompus à ces techniques opératoires). Des douleurs rebelles au traitement médical sur une importante déformation avec arthrose modérée nécessitent un avis chirurgical.

Autres traitements conservateurs

L'arthroscopie-débridement n'a pas montré de bénéfice significatif dans la prise en charge de la gonarthrose.²

Le traitement arthroscopique des lésions méniscales dans la gonarthrose n'est pas recommandé. Qui plus est, la méniscectomie même partielle est un facteur de risque d'arthrose secondaire. Enfin, la luxation ou la subluxation du ménisque, fréquemment visible sur une IRM, chez un patient gonarthrosique n'est souvent que secondaire aux lésions cartilagineuses adjacentes et en fait très rarement impliquée dans la genèse des douleurs.^{3•}

J. Sellam déclare avoir des conflits d'intérêts avec les laboratoires Abbott, MSD, Roche France, Chugai, Pfizer, Pierre Fabre
F. Berenbaum déclare avoir été pris en charge par les laboratoires Allergan, AstraZeneca, Biolberica, Expanscience, Genevrier, Horizon Pharma, MerckSerono, MSD, Nicox, Novartis, Pfizer, Pierre Fabre, Roche, Rottapharm, UCB, Takeda, TransPharma, TRB Chemedica.

* Service de rhumatologie, hôpital Saint-Antoine, AP-HP, 75012 Paris ; unité de recherche 4 (UR4), université Pierre-et-Marie-Curie Paris VI, Paris.
jeremie.sellam@sat.aphp.fr

téristiques des produits, mais plusieurs points méritent d'être soulignés. L'indication doit être confirmée par l'examen clinique et un bilan radiographique qui confirme l'arthrose et élimine des lésions associées qui contre-indiqueraient l'infiltration d'un cortisonique comme une ostéonécrose ou une fracture sous-chondrale. Une information préalable du patient sur les avantages et inconvénients de ce traitement est indispensable, en respectant un délai de réflexion. Cette information peut être donnée par le prescripteur, mais celui qui pratique l'injection doit s'assurer que cette information a été effective et comprise. On s'assure de l'absence de contre-indications aux injections intra-articulaires de cortisoniques (infection générale en cours, de plaie ou autre lésion potentiellement infectieuse du membre concerné, antécédent d'hypersensibilité au produit utilisé, troubles sévères de la coagulation). Un traitement anticoagulant normalement équilibré (*international normalized ratio* entre 2 et 3) n'est pas une contre-indication pour les articulations périphériques en dehors de la coxofémorale (recommandations de la Haute Autorité de Santé d'avril 2008).

Aux contre-indications s'ajoutent des précautions d'emploi liées à la diffusion systémique de la corticothérapie locale (certaines viroses en évolution, états psychotiques non contrôlés, diabète et hypertension artérielle mal équilibrés, ulcère gastroduodénal en évolution, vaccination concomitante par des vaccins vivants) ou au fait qu'elle peut favoriser des infections (hémodialysés, proximité d'un matériel prothétique). Le diabète n'est pas une contre-indication s'il est équilibré, si le patient est informé et à même d'adapter son traitement par insuline (dans les diabètes insulino-dépendants) et à condition de ne pas les répéter fréquemment. Un contrôle biologique préalable peut être nécessaire selon le contexte clinique (protéine C-réactive, bilan d'hémostase, glycémie et hémoglobine glyquée). Pour les viscosuppléments, les contre-indications sont limitées à l'hypersensibilité connue au produit, avec les mêmes précautions concernant le traitement anticoagulant et l'absence d'infection locale ou générale. Il n'y a pas d'effet systémique. Une mise au repos de 48 heures est conseillée après l'injection locale, qu'il s'agisse d'un corticoïde ou d'un viscosupplément.

Indice algofonctionnel de Lequesne pour la gonarthrose.*

Douleur	Points	Douleur	Points
→ Nocturne		→ Périmètre de marche (quelle que soit la douleur)	
aucune.....	0	illimité.....	0
seulement aux mouvements et dans certaines postures.....	1	limité mais supérieur à 1 km.....	1
même immobile, sans bouger.....	2	environ 1 km (environ 15 min).....	2
→ Dérouillage matinal		500 à 900 m (environ 8 à 15 min).....	3
aucun ou inférieur à 1 minute.....	0	300 à 500 m.....	4
entre 1 et 15 minutes.....	1	100 à 300 m.....	5
plus d'un quart d'heure.....	2	moins de 100 m.....	6
→ Rester debout ou piétiner sur place 1/2 heure		une canne ou une béquille est nécessaire.....	+1
augmente-t-il la douleur ?		deux cannes ou deux béquilles sont nécessaires.....	+2
non.....	0	→ Autres difficultés de la vie quotidienne	
oui.....	1	pouvez-vous monter un étage.....	0 à 2
→ Douleur à la marche		pouvez-vous descendre un étage ?.....	0 à 2
non.....	0	pouvez-vous vous accroupir ou rester à genoux ?.....	0 à 2
seulement après quelque distance.....	1	pouvez-vous marcher en terrain irrégulier ?.....	0 à 2
dès le début de la marche et de façon croissante.....	2		
→ Pouvez-vous vous relever d'un siège sans l'aide des bras ?		Cotation	
non.....	0	0 : sans difficulté ; 0,5 : assez facilement	
oui.....	1	1 : avec difficulté ; 1,5 : avec beaucoup de difficulté	
		2 : impossible	

* Un indice ≥ 10 doit faire discuter la pose d'une prothèse.

RÉFÉRENCES

1. Lequesne M, Mery C, Samson M, Gérard P. Indexes of severity for osteoarthritis of the hip and knee. Scand J Rheumatol 1987;65:85-9.
2. Kirkley A, Birmingham TB, Litchfield RB, et al. A randomized trial of arthroscopic surgery for osteoarthritis of the knee. N Engl J Med 2008;359:1097-107.
3. Englund M, Guermazi A, Gale D, et al. Incidental meniscal findings on knee MRI in middle-aged and elderly persons. N Engl J Med 2008;359:1108-15.

Le principal problème est la précision du geste, autrement dit la certitude que l'injection est bien intra-articulaire, ce qui est essentiel pour son efficacité et pour éviter les complications liées à une injection extra-articulaire (atrophie sous-cutanée, granulome, calcification tissulaire...).⁴ Certaines articulations peuvent être injectées sur un repérage clinique comme le genou, à condition d'utiliser la voie sous-patellaire latérale qui assure plus de 90 % de succès pour un opérateur entraîné. De nombreuses études ont montré en effet le peu de fiabilité des injections non guidées par l'imagerie contrairement à celles faites sous scopie, arthrographie, tomodensitométrie ou échographie, notamment pour la gléno-humérale⁵ et la trapézo-métacarpienne (rhizarthrose). Pour éviter une irradiation et le risque d'une allergie au produit de contraste iodé (il ne s'agit pas d'une allergie à l'iode), les injections se font de plus en plus par échoguidage,⁶ lequel nécessite des voies d'abord spécifiques, une technique et un matériel adaptés et doit donc être confié à des opérateurs entraînés à l'échographie interventionnelle.

Quelles articulations peuvent être infiltrées ?

Au rachis, les articulations zygapophysiales peuvent être infiltrées avec un corticoïde. Toutes les articulations périphériques peuvent bénéficier en principe d'une infiltration d'un corticoïde, la dose et la puissance de celui-ci étant adaptées au volume de l'articulation. Dans les grosses articulations, le volume ne pose pas de problème et on injecte habituellement la totalité d'une seringue. Dans les petites articulations des doigts, le volume est adapté à ce que l'articulation peut contenir, en tenant compte du volume d'un éventuel produit de contraste iodé si l'injection est radioguidée ou d'un anesthésique associé (lidocaïne 0,5 à 1 %).

Pour ce qui concerne les viscosuppléments, seule la gonarthrose est prise en charge par l'Assurance maladie à raison d'une cure annuelle par genou (mêmes conditions de prise en charge que pour tous les dispositifs médicaux). D'autres articulations arthrosiques peuvent être traitées, mais toutes les localisations ne sont pas validées et les résultats sont en général un peu moins bons qu'au genou (principalement omarthrose centrée, ►►